

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924 — N° 87

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉPIPLOÏTES POST-OPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Mars 1924

PAR

Paul-Yves-Jacques PICOT

Né à BREST (Finistère), le 8 Octobre 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.	
		DENUCE, professeur	{	
		PAPIN, agrégé.....		Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 87

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉPIPLOÏTES POST-OPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Mars 1924

PAR

Paul-Yves-Jacques PICOT

Né à BREST (Finistère), le 8 Octobre 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		DENUCE, professeur	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

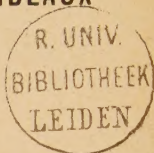
BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.



PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants ...	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ...	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale ...	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHE.	Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expéri ^{te} .	GUYOT.
Médecine légale et déontologie...	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ..	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU
Histologie	LACOSTE.		BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		ROCHER.
	N.	Chirurgie générale	DUVERGEY
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale....	N.		JEANNENEY.
	MAURIAC.	Obstétrique.....	PÉRY.
Médecine générale.....	LEURET.		FAUGÈRE.
	DUPÉRIÉ.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
	CREYX.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
		Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie	N.
Accouchements.....	PÉRY.	Pathologie interne.....	CREYX.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Dont la vie fut toute de dévouement
et de travail.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MON ONCLE LE COLONEL PICOT

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉPUTÉ DE LA GIRONDE

VICE-PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE L'ARMÉE

PRÉSIDENT DE LA LIGUE DES MUTILÉS DE LA FACE

A MES CAMARADES COLONIAUX ET MARINS

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES ET PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
ET DE LA FACULTÉ

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE ET CHIRURGIE OPÉRATOIRE
ET EXPÉRIMENTALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN TITULAIRE DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

A la consultation de M. le Professeur Guyot, à l'hôpital Saint-André, nous vîmes un jour un malade qui, ayant été opéré pour une hernie inguinale, avait présenté quelque temps après cette intervention, de vives douleurs dans le côté droit de l'abdomen et une tuméfaction assez prononcée siégeant au point maximum de ces douleurs.

Il s'agissait d'une épiploïte post-opératoire. M. le Professeur Guyot nous engagea à étudier cette affection pour en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons constaté qu'elles étaient connues depuis longtemps (Lucas-Championnière, 1892), mais que tout de même, le nombre de cas publiés dans la littérature chirurgicale était plutôt restreint.

Notre but a été de recueillir ces observations et d'en tirer quelques déductions qui nous paraissent intéressantes.

Malheureusement, la place nous manquant, nous avons été obligé de réunir ces observations en quelques tableaux, dans lesquels d'ailleurs nous donnons les renseignements nécessaires à leur recherche.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à remercier notre vénéré Maître, M. le Professeur Guyot, d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et le prions de recevoir ici l'expression de notre profonde reconnaissance, pour l'enseignement qu'il nous prodigua au cours de nos études médicales.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIPLOÏTES POST-OPÉRATOIRES

I

Historique.

Les épiploïtes post-opératoires étaient certainement des plus nombreuses avant que ne soit mise en pratique la doctrine pasteurienne, et, l'inflammation secondaire de l'épiploon devait être la règle dans toute intervention abdominale. Elle résultait de l'infection apportée par le chirurgien, ses aides, ses instruments, et par le milieu ambiant, était, en un mot, attribuable au défaut d'asepsie. Leur étude offre d'autant moins d'intérêt qu'elles se confondaient avec toutes les inflammations et suppurations banales, post-opératoires, inévitables à cette époque, et qu'il n'en est rapporté aucun cas dans la littérature chirurgicale.

Autrement intéressantes sont celles que l'on observe depuis l'ère pasteurienne, malgré une asepsie rigoureusement surveillée, à la suite des interventions abdominales ayant intéressé l'épiploon et, particulièrement, après les cures radicales de hernies avec réintégration de l'épiploon dans l'abdomen.

Dans son « Traité de la cure radicale des hernies » (1892), Lucas-Championnière rapporte les premiers cas d'épiploïtes post-opératoires, consécutives aux cures radicales.

En 1895, au IX^e Congrès de Chirurgie, Reynier essaie, se basant sur deux observations personnelles, d'en élucider

la pathogénie, et Roche, dans sa thèse soutenue à Montpellier (1896), réunissant sept cas d'épiploïtes secondaires, décrit le premier cette affection.

De nombreuses publications parurent ensuite à ce sujet : en 1897, celle de Bœckel, dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, et celle de Mencièrè, dans la *Gazette hebdomadaire* ; puis ce furent des communications à la Société Anatomique, par Monod et Vanverts, qui, apportant des cas personnels et exposant leurs idées sur la question, s'attaquent à leur tour à la pathogénie de cette classe d'épiploïtes ; en 1898, les articles de Bogdanick, Montini et Armstrong-Bower, dans des journaux étrangers.

Sauget, avec quatorze observations, essaie dans sa thèse d'en donner une définition clinique (1899) ; la même année, Tuffier à la Société de Chirurgie, et Berger dans la *Semaine médicale*, en rapportent quelques cas.

En 1900, ce sujet est repris par de nombreux chirurgiens : Hartmann, Guinard, Potherat, Schnitzler, Braquehayè et Latis ; Morestin, étudiant leur pathogénie, condamne le traitement prophylactique qui, jusqu'alors, consistait dans la résection en masse du grand épiploon, au cours des cures radicales de hernies : « Il est parfaitement inutile de s'acharner sur l'épiploon... ». Un an après, Déjardin, à la Société Belge de Chirurgie, arrive à la même conclusion et, de plus, accuse cette résection en masse de causer des douleurs abdominales, des hémorragies secondaires et des épiploïtes post-opératoires. Willems, en 1902, étudie les épiploïtes suppurées en général, puis Martel (Saint-Etienne. 1902), Ortis de la Torre (Italie, 1903) et Montuoro (Espagne. 1903) s'occupent à leur tour de la question.

En 1903, M. le Professeur Le Dentu consacre aux épiploïtes secondaires une leçon de son cours de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker. L'année suivante, Gourdou écrit sa thèse sur les épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies ; Bergasse en soumet une observation intéressante à la Société de Médecine et de Chirurgie de la

Drôme; Lejars écrit un article à leur sujet dans la *Semaine médicale*, et, Wieting et Risa en rapportent un cas dans le *Zentralblatt für chirurgie*.

Mais la meilleure étude sur la question, et certainement la plus intéressante qui ait été publiée à ce sujet, jusqu'aux travaux de Aimes (Montpellier, 1919), est la thèse de Leroy (Lille, 1904-1905), qui étudie les épiploïtes en général. Il les divise en trois classes :

- 1° Les épiploïtes herniaires ;
- 2° Les épiploïtes abdominales ;
- 3° Les épiploïtes hernio-abdominales.

Les premières sont celles où seul l'épiploon contenu dans un sac herniaire est enflammé.

Dans les secondes, l'épiploon enflammé se trouve dans l'abdomen, à peu près à sa position normale ; Leroy y distingue deux catégories : les épiploïtes par propagations, dans lesquelles l'inflammation vient d'un organe voisin, et les épiploïtes post-opératoires consécutives aux interventions abdominales ayant intéressé le grand épiploon ; cette dernière catégorie seule nous intéresse ici et fait le sujet de notre thèse.

Enfin, dans les épiploïtes hernio-abdominales, le processus inflammatoire s'étend à l'épiploon contenu dans le sac herniaire et à l'épiploon sous-jacent contenu dans l'abdomen.

En 1905, 1906 et 1910, Walther, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, étudie les rapports entre l'appendicite et les épiploïtes secondaires, apporte des données intéressantes sur l'anatomie pathologique de ces épiploïtes et conclut à la nécessité de vérifier, dans les appendicectomies, l'état de l'épiploon, avant de refermer la plaie opératoire et d'en réséquer au besoin une partie, proportionnée à l'étendue de la lésion trouvée. Vers la même époque, Teleky, Eisenberg, Hochenegg et Reitter, publient dans le *Wiener klinische Wochenschrift* (1907)

quelques observations intéressantes d'épiploïtes secondaires et, en 1909, paraissent trois articles dans des journaux étrangers : Hamann dans le *Cleveland M. J.*, Serzynski dans un journal polonais, et Zesas dans le *Deutsche medizinische Wochenschrift* ; celui-ci rapporte une quarantaine de cas d'épiploïtes secondaires, dont quelques-unes post-opératoires.

En 1912, nous en retrouvons un cas dans une publication américaine : le Docteur Broun ayant eu à opérer une « épiploïte adhésive », consécutive à une intervention abdominale pratiquée quatre ans auparavant, préconise un article opératoire que nous citerons plus loin, au sujet du traitement prophylactique de ces épiploïtes post-opératoires.

En 1913, Varisio, dans la *Gazette médicale Italienne*, étudie les tumeurs inflammatoires de l'épiploon; Hollander, dans le *Deutsche medizinische Wochenschrift*, appuie sur une observation un article assez confus, et Hardouin, en 1914, soumet à la discussion à une séance de la Société de Chirurgie de Paris deux cas d'occlusion intestinale par adhérences épiploïques. Salinari, en 1916, étudie à son tour les tumeurs inflammatoires du grand épiploon (*Gior. di med. mil.*, Roma), et Lengnick, en 1918 (*Archiv. für klin. chir.*, Berlin), écrit un article sur les conséquences de la résection du grand épiploon.

Puis Aimes, dans trois articles du *Progrès Médical* (1919), traite successivement : la physiologie de l'épiploon, les épiploïtes aiguës et les épiploïtes chroniques.

Enfin, en 1923, Longo étudie la pathologie chirurgicale du grand épiploon; Nevermann, dans le *Zentralblatt für Gynakologie*, consacre un article aux épiploïtes, et Lewishon, dans un journal américain de clinique chirurgicale, traite des tumeurs inflammatoires du grand épiploon.

II

Anatomie pathologique, Étiologie et Pathogénie.

Les formes anatomo-pathologiques des épiploïtes post-opératoires ne différant en rien de celles des épiploïtes en général, nous ne ferons que les énumérer rapidement, en adoptant la classification de Leroy et en donnant pour chacune d'elles les conditions de fréquence approximative, tirées du tableau des 68 observations que nous publions plus loin.

I. — *Epiploïte congestive*. — Ce sont les formes bénignes qui guérissent par le repos; nous en trouvons 13 cas, soit environ 19 %. Mais, cette forme guérissant le plus souvent spontanément, la plupart des cas passent inaperçus.

II. — *Epiploïte suppurée*. — C'est l'exagération de la forme précédente; il se forme un véritable abcès épiploïque. Cette forme est la plus fréquente dans les épiploïtes post-opératoires; elle représente environ 50 % des cas (32 sur 68).

III. — *Epiploïte sphacélée ou gangréneuse*. — Extrêmement rare, nous n'avons pu en rapporter que deux cas empruntés à Leroy.

IV. — *Epiploïte fibreuse ou fibro-graisseuse*. — L'épiploon est épaissi et présente les granulations et les trainées de bordures bien décrites par Walthier. Il est difficile d'en donner le pourcentage à peu près exact, cette forme existant rarement à l'état pur et étant le plus souvent associée à la suivante.

V. — *Epiploïte plastique ou épiploïte avec adhérences*. —

Il se produit des adhérences molles ou fibreuses. Dans les épiploïtes post-opératoires, cette forme accompagne en général une épiploïte suppurée ou une épiploïte fibreuse, dont elle vient assombrir le pronostic dans environ 15 % des cas.

VI. — *Epiploïtes mixtes*. — Le plus souvent, ces formes n'existent pas à l'état pur ; il y a, dans une même épiploïte, coexistence des diverses altérations (l'altération dominante servant à l'appellation de l'épiploïte). On peut par exemple se trouver en présence de deux formes combinées :

Epiploïte congestive avec adhérences ;

Epiploïte fibreuse avec adhérences (obs. 65) ;

Epiploïte suppurée entourée d'une coque fibreuse (obs. 7).

Enfin, quelquefois, la dégénérescence fibreuse, la suppuration et les adhérences s'associent dans un même cas d'épiploïte post-opératoire (obs. 46).

Étiologie.

Selon l'histoire de la maladie, on peut, au point de vue étiologique, diviser les épiploïtes post-opératoires en deux groupes. Le premier comprend les cas pouvant être considérés à la fois comme épiploïte par propagation et épiploïte post-opératoire : au cours d'une intervention quelconque sur l'abdomen, l'épiploon a dû être suturé à des organes enflammés. Ce sont, d'après Hollander, « les épiploïtes faisant suite aux laparotomies septiques » : ligatures épiploïques au cours d'interventions pour hernies infectées, résections épiploïques au cours de sutures intestinales difficiles, d'appendicectomies, d'ovariotomies. Le second groupe comprend des faits de toute autre nature, c'est celui des épiploïtes consécutives à certaines opérations abdominales aseptiques, avec ligatures épiploïques, telles les cures radicales d'épiplocèles ou d'entéro-épiplocèles.

En résumé, toutes les interventions abdominales intéressant l'épiploon sont susceptibles de provoquer des épiploïtes

secondaires ; mais la cause de beaucoup la plus fréquente est la cure radicale de hernie. Sur 68 observations, nous trouvons :

60 cures radicales de hernies ;

1 appendicectomie ;

2 ovariectomies ;

2 hystéropexies ;

et 3 cas pour lesquels on ne rapporte pas la nature de l'intervention préalable.

Chez les hommes, qui représentent environ 82 % des cas, nous ne relevons que des cures radicales.

Chez les femmes au contraire (18 %), la proportion des épiploïtes post-opératoires consécutives aux cures radicales n'est plus que de 45 %.

Comparé au nombre de hernies opérées tous les ans dans les hôpitaux, celui des cas compliqués d'épiploïte paraît des plus restreint quoique, suivant Morestin, « la fréquence absolue de cette affection est assez difficile à déterminer, quelques chirurgiens déclarant n'en avoir jamais vu, d'autres n'ayant eu à s'en occuper qu'une fois ou deux sur les centaines de hernies qu'ils ont opérées » (Tuffier : 600 cas cures radicales, 1 seul cas d'épiploïte). De plus, un grand nombre d'épiploïtes guérissant spontanément, passent inaperçus et rendent le contrôle difficile.

Pathogénie.

Nous ne nous occuperons pas de la première catégorie, l'inflammation de l'organe auquel a été suturé l'épiploon suffit grandement à expliquer ces épiploïtes, et, leur pathogénie intéresse plutôt l'étude des épiploïtes par propagation que celle des épiploïtes post-opératoires.

La pathogénie du second groupe, au contraire, est des plus obscures. De multiples mécanismes ont été supposés pour expliquer l'infection épiploïque après une intervention aseptique, tout au moins en apparence ; quelques-uns seulement ont pu être démontrés.

Il serait illogique d'admettre, avec Roche et Sauget, que le germe puisse être apporté soit par l'intervention elle-même (en dehors des fils perdus), soit par le malade; en effet, dans ces conditions, les plans superficiels seraient intéressés au même titre que les plans profonds, et nous avons remarqué que c'était le contraire; en général, la plaie opératoire se cicatrise par première intention, et, seuls les plans profonds sont infectés.

L'action du matériel de sutures abandonnées est bien plus intéressante à étudier, et, nous paraît difficile à nier; en effet, comment expliquer autrement ce qui se passe dans un grand nombre de cas ? (26 %), à savoir que : brusquement, après l'élimination d'une anse de soie ou de catgut, la suppuration se tarit à peu près d'un seul coup (Hartmann-Morestin).

Cette origine de l'infection épiploïque permettrait de plus d'expliquer facilement l'éclosion précoce ou tardive des symptômes de la suppuration : par le rapport entre le degré de stérilisation auquel aurait été poussé les fils de soie ou le catgut abandonné et la résistance de l'épiploon (Mencière).

Quelquefois, l'infection du fil, origine de l'inflammation épiploïque, au lieu d'être primitive, n'est que secondaire; lorsque, par exemple, l'épiploon lié était déjà le siège d'une poussée inflammatoire au moment de l'intervention, ou encore lorsque l'épiploon entourant une cavité à contenu septique, le fil de la ligature en coupe peu à peu les parois et s'infecte au contact du contenu (Bœckel et Reynier). L'action du traumatisme sur l'épiploon exagérant l'inflammation et paralysant la défense.

Hollander émet, au sujet du matériel de sutures abandonnées, une hypothèse tout à fait originale qui nous paraît un peu bizarre. Pour lui, les tuméfactions épiploïques sans suppurations, qui nous paraissent devoir rentrer dans la catégorie des épiploïtes post-opératoires fibreuses, seraient dues à l'action d'un fil trop lâche sur un moignon épiploïque

trop long. « Il est donc raisonnable de penser que le fil ainsi noué, la circulation du sang a continué, et, l'écoulement séreux des deux côtés de la suture n'est pas tari. On suppose que le moignon épiploïque reste à un endroit bien nourri et bien vivant et que le fil de soie provoque ainsi une tumeur envahissante. » (Hollander. — Traduction personnelle.)

La seule objection que nous ferons à cette hypothèse, est que, cette forme fibreuse pure se voit très rarement et, qu'en général, une telle tuméfaction contient en son centre au moins une petite quantité de pus, autour de laquelle ce tissu fibreux nous apparaît comme un tissu de réaction.

Enfin, avant de finir ce chapitre, il nous faut dire quelques mots au sujet des inflammations épiploïques post-opératoires, pour lesquelles il est impossible de découvrir la moindre trace de fil de soie ou de catgut.

Nous savons que le rôle physiologique principal du grand épiploon est un rôle de défense contre l'infection, défense se faisant par phagocytose aidée d'une chimiotaxie positive pour les germes microbiens (Aimes) ; si donc nous en réséquons une partie, il est logique que, sa chimiotaxie restant la même et son pouvoir de défense étant diminué, il s'infecte des plus facilement.

En résumé, de nombreux mécanismes peuvent expliquer cette inflammation ; quelquefois, plusieurs d'entre eux peuvent être en cause mais, le plus souvent, elle paraît due au défaut de stérilisation des fils ou à leur infection secondaire. Nous avons relevé 18 observations dans lesquelles les fils de soie ou le catgut étaient indubitablement en cause.

III

Symptômes. - Évolution. - Complications.

L'évolution de ces épiploïtes post-opératoires se fait, en général, en trois périodes :

1° *Période de début*, très peu nette, caractérisée seulement par des douleurs le plus souvent vagues ;

2° *Période d'état*, ou période d'apparition des phénomènes généraux et d'une tuméfaction dans la région abdominale ;

3° *Période terminale*, au cours de laquelle les lésions régressent ou se précisent.

I. — *Période de début*. — Elle est en général peu précise, lente et insidieuse. Quelque temps après une intervention abdominale, le plus souvent de dix jours à un mois, l'opéré ressent dans l'abdomen des douleurs tantôt peu intenses, tantôt vives, apparaissant soit sans raison, soit à l'occasion d'un effort quelconque. Ces douleurs sont difficilement localisables et peuvent, suivant les cas, occuper des régions différentes : pourtour de l'ombilic, creux épigastrique, fosses iliaques, ou l'abdomen en totalité. Elles s'accompagnent de troubles digestifs encore peu marqués : anorexie, constipation, attribuables aux tiraillements de la grande courbure par l'épiploon enflammé.

II. — *Période d'état*. — Le symptôme dominant est la douleur, qui devient localisée, intense, continue ou paroxysmique, avec crises plus ou moins fréquentes, apparaissant

sans raison appréciable. Cette douleur s'irradie le plus souvent : aux plis de l'aîne, aux lombes, aux cuisses, à la verge, etc... et s'accompagne de défense abdominale.

Les troubles généraux sont accentués ; la fièvre est fréquente mais à allure variable, avec le plus souvent rémission matinale et exacerbation vespérale ; le pouls subit des variations analogues, plus ou moins petit, arythmique, mou, dépressible, filiforme. L'état général est profondément atteint : amaigrissement, anémie, faciès grippé ; il traduit un état péritonéal sérieux. Ces troubles sont en rapport avec l'intensité des douleurs et des troubles fonctionnels. Les vomissements sont fréquents et la constipation opiniâtre.

Enfin, le symptôme le plus caractéristique de cette période est l'apparition d'une tuméfaction de siège variable ; en général au point maximum de la douleur. Tuméfaction peu appréciable à la vue mais facilement délimitable par la palpation et la percussion. Elle se présente le plus souvent sous la forme d'une masse irrégulière, de consistance et de volume variables, submate à la percussion, sauf si elle est très épaisse ; dans ce cas, on a de la matité absolue. Le plus souvent, elle siège très haut, le moignon épiploïque se rétractant vers ses insertions supérieures au cours de l'inflammation. « Il faut savoir que les épiploïtes suppurées ou non qui se produisent à la suite des résections épiploïques au cours de la cure radicale des hernies se manifestent par une masse siégeant en général très haut, presque sous le rebord des fausses côtes » (Guinard). Elle est située immédiatement sous la paroi et est libre sous le plan superficiel si des adhérences n'ont pas eu le temps de se créer. Si au contraire des adhérences se sont formées, ou si le processus inflammatoire a gagné la peau, la tuméfaction est complètement immobile.

III. — *Période de terminaison.* — Si l'on n'intervient pas, la terminaison peut se faire par trois modes différents :

La résolution ;

La suppuration ;

Le passage à l'état chronique ou organisation fibreuse avec formation d'adhérences.

Résolution. — Dans les formes bénignes, apyrétiques, évoluant par poussées successives, la résolution, sous l'influence du repos au lit et d'un traitement médical approprié est la règle. Les symptômes généraux régressent rapidement; toutefois, la tuméfaction et la constipation ne disparaissent que très lentement, en deux, trois ou quatre mois (nous en rapportons quelques cas). La résolution est possible mais rare dans les formes évoluant avec une température élevée.

Pour Sauget, ce mode de terminaison se produirait environ dans 41 % des cas; pour nous: 68 observations ne nous ont fourni que 13 cas de régression sous l'influence du traitement médical (soit 19 %), mais il est évident que les épiploïtes post-opératoires se terminant ainsi, étant des plus bénignes, elles passent inaperçues, le malade ne consultant pas de médecin à leur occasion. Pour Leroy, cette régression se produirait dans la forme congestive simple.

Suppuration. — Au lieu de disparaître, les symptômes généraux augmentent d'intensité; la température s'élève à 39°5-40°, le pouls s'accélère (120-140); quelquefois même on voit apparaître du délire ou de la prostration et une intolérance gastrique absolue, accompagnée de vomissements fécaloïdes.

Les symptômes locaux s'exagèrent eux aussi; la douleur augmente avec la dimension de la tuméfaction et la température locale.

L'ensemble de ces signes permet de diagnostiquer une suppuration que l'examen local ne décèle que difficilement, la défense abdominale étant énorme.

Laissé à lui-même, le pus tend à s'évacuer soit vers l'extérieur, soit dans un organe intra-abdominal voisin.

Quand l'évacuation vers l'extérieur doit se produire, la tuméfaction devient fluctuante, la peau rougit, prend une teinte violacée et se perfore pour donner issue au pus. La suppuration se termine en général rapidement, grâce à l'évacuation spontanée ou à l'extirpation chirurgicale des fils de soie ou des catguts qui l'entretenaient ; quelquefois, cependant, les anses de soie ou de catgut ne pouvant être extirpés, la suppuration s'éternise.

L'ouverture de l'abcès dans un organe abdominal voisin constitue une complication, et nous l'étudierons plus loin à ce titre.

Organisation fibreuse ; passage à l'état chronique (régression incomplète de Aimes). — Les symptômes généraux deviennent moins apparents, les douleurs vives et la constipation opiniâtre dominent la scène et traduisent soit l'hypertrophie énorme de l'épiploon enflammé, soit la présence d'adhérences (épiploïte plastique avec adhérences de Sauget).

Formes cliniques.

Nous venons d'étudier l'évolution générale des épiploïtes post-opératoires mais, en clinique, les cas ne se présentent pas tous de la même façon ; de l'épiploïte bénigne à l'épiploïte aiguë, on peut en observer de multiples variétés. Nous les diviserons en cinq formes principales entre lesquelles, d'ailleurs, tous les degrés peuvent être observés.

I. — *Forme bénigne.* — Les symptômes sont extrêmement atténués, et, l'épiploïte régresse sous l'influence du repos au lit et d'un traitement médical approprié. Cette variété correspondrait à l'épiploïte congestive de Leroy.

II. — *Forme chronique.* — Les symptômes apparaissent

insidieusement, quelquefois fort longtemps après une intervention (2 ans, 6 ans), sont plus ou moins marqués et traduisent en général la présence d'adhérences. Cette forme comporte d'ailleurs un pronostic réservé à cause des adhérences et de la possibilité d'une poussée aiguë.

III. — *Forme subaiguë*. — Avec une symptomatologie un peu obscure, des phénomènes généraux marqués (température 39°, pouls 110) mais évoluant en général vers la résolution.

IV. — *Forme aiguë*. — Correspondant à la forme suppurée dont nous avons déjà parlé plus haut, au sujet de la période de terminaison, comportant des symptômes locaux intenses : douleur, température locale, tuméfaction, et des signes généraux graves. Le pronostic doit toujours être réservé dans ces cas à cause de la possibilité d'une complication.

Complications.

Les complications des épiploïtes post-opératoires peuvent être divisées en deux catégories :

1° Les complications infectieuses dues, soit à l'ouverture de l'abcès épiploïque dans un organe voisin ou dans la cavité abdominale, soit à la propagation du processus inflammatoire ;

2° Les complications mécaniques occasionnées par une trop grande expansion de la tuméfaction ou par des adhérences épiploïques bridant un organe intra-abdominal.

Parmi les premières, la plus redoutable mais aussi une des moins fréquentes, est la péritonite généralisée; elle se produit en général dans les épiploïtes suppurées ou gangréneuses, par ouverture de l'abcès dans la cavité péritonéale, la rapidité d'évolution des lésions n'ayant pas donné aux adhérences le temps de se constituer. (Sur 18 observations de complications, nous ne la trouvons qu'une seule

fois.) La péritonite localisée, au contraire, des plus bénigne, est extrêmement fréquente et peut se produire soit par le processus énoncé plus haut, les adhérences ayant eu le temps de se former, soit par propagation.

Lorsque l'ouverture de l'abcès se fait à l'extérieur, la persistance des fils de soie dans sa cavité peut amener une suppuration interminable et, par conséquent, une fistule intarissable ; cette suppuration est susceptible d'entraîner des troubles généraux graves : le malade peut succomber à une septicémie d'origine épiploïque (deux cas : obs. 67 et 63).

L'évacuation du pus, au lieu de se faire vers l'extérieur ou dans la cavité abdominale, peut encore se produire dans un organe voisin : intestin, vessie, etc... et, dans ce cas, l'organe en cause s'infectant secondairement, devient la source d'une nouvelle série de complications. L'intestin seul fait exception à cette règle ; en effet, l'ouverture d'un abcès épiploïque dans cet organe aboutissant le plus souvent à une guérison rapide (deux cas : obs. 60 et 61).

Parmi les complications mécaniques, nous trouvons en premier lieu l'occlusion intestinale, occasionnée soit par coupure du colon sur une bride épiploïque rétractée (obs. 55), soit par compression de l'intestin, secondaire à l'expansion énorme de la tuméfaction ou à l'enserrement d'une anse intestinale dans le gâteau épiploïque (obs. 56). Quelquefois, les adhérences sont susceptibles d'entraîner des troubles gastriques douloureux dus à de la ptose stomacale par tiraillement épiploïque (obs. 66).

Ces adhérences peuvent encore être une source de complications par la gêne qu'elles provoquent au cours d'une intervention ultérieure ; de plus, il peut demeurer à leur centre un foyer infectieux, susceptible d'entraîner de graves désordres post-opératoires.

IV

Diagnostic. - Pronostic. - Traitement.

Diagnostic positif.

La tuméfaction, les douleurs abdominales, la réaction péritonéale plus ou moins marquée et la gravité de l'état général permettent le plus souvent de diagnostiquer une épiploïque, mais seuls, l'inspection de la paroi abdominale et l'interrogatoire du malade révélant une intervention dans les antécédents peuvent préciser ce diagnostic et faire penser à une épiploïte post-opératoire.

Diagnostic différentiel.

Le diagnostic différentiel peut être parfois très difficile et, suivant le symptôme dominant, l'épiploïte post-opératoire peut être méconnue et confondue avec d'autres affections.

La tuméfaction peut être prise pour une tumeur. On éliminera rapidement les tumeurs du rein, du mésentère et du pancréas ; en effet, les épiploïtes post-opératoires siégeant au devant de l'intestin, elles ne présentent pas la bande de sonorité qui est un des principaux symptômes de ces tumeurs. Suivant la place qu'occupe cette tuméfaction, on pourra penser à une tumeur de l'estomac ou de l'intestin ; l'évolution plus rapide des épiploïtes et les symptômes spéciaux des tumeurs intestinales et stomacales permettront d'éviter cette erreur.

Le diagnostic d'avec le phlegmon de la paroi abdominale est autrement difficile, la symptomatologie de ces deux affections étant à peu près la même. L'épiploïte est, en

général, indépendante de la paroi, du moins au début. mais, plus tard, le noyau épiploïque peut lui être fixé et devenir complètement immobile sous elle, soit par propagation du processus inflammatoire, soit par des adhérences. Le tableau clinique devient alors identique dans les deux cas, et seuls l'interrogatoire apportant la certitude d'une opération préalable et l'intervention chirurgicale indiquée dans les deux cas peuvent fixer indubitablement le diagnostic.

Si le symptôme douleur domine, l'erreur est possible soit avec l'appendicite, soit avec l'annexite, mais il est très rare que dans les cas d'épiploïtes la douleur maximum siège au point appendiculaire et surtout aux points annexiels. En effet, elle siège au niveau de la tuméfaction, qui est en général très haute, parce que l'épiploon est rétracté vers ses insertions supérieures.

Les phénomènes péritonéaux apparaissant brusquement peuvent dominer la scène et faire penser à une péritonite généralisée; l'évolution ultérieure de la maladie permettra seule de trancher le diagnostic.

La notion d'une intervention préalable, plus ou moins récente, devra toujours orienter le diagnostic différentiel vers l'épiploïte post-opératoire. Reclus insiste particulièrement sur ce point, car, à plusieurs reprises, il lui est arrivé de ne pouvoir faire le diagnostic que parce qu'il avait opéré le malade auparavant. Toutefois, la notion d'intervention préalable n'est pas aussi décisive qu'elle le paraît au premier abord pour l'orientation du diagnostic : Walther, en effet, rapporte le cas d'une épiploïte par propagation, provoquée par une appendicite, et ayant continué à évoluer après appendicectomie.

Enfin, les cas pour lesquels l'interrogatoire est des plus utiles sont ceux d'épiploïtes avec adhérences; celles-ci étant susceptibles de causer des complications des plus

variées dont il est impossible de déterminer la cause, si l'on n'a pas la certitude d'une intervention abdominale antérieure.

Pronostic.

Le pronostic est en général bénin, la terminaison étant favorable dans 90 % des cas environ, et la terminaison fatale est en général due à une complication ; en effet, nous n'avons pu relever qu'un seul cas de mort, en dehors de toute complication (obs. 41), et, au contraire, nous en relevons 6 sur 18 observations de complications.

Les adhérences, qui sont une cause de bénignité en protégeant le péritoine et en limitant le foyer épiploïque lui même, sont aussi une menace continue pour l'avenir.

De l'épiploïte congestive à l'épiploïte gangréneuse, on peut observer tous les degrés de gravité, mais l'intervention chirurgicale permet en général d'éviter les accidents.

Traitement.

Le traitement peut être préventif ou curatif, selon qu'il s'agit d'écarter la menace d'épiploïte au cours des interventions abdominales ou de soigner une épiploïte en cours.

Le traitement préventif consistera donc :

1° A veiller à la stérilisation absolue des fils de soie ou du catgut ;

2° A employer surtout du catgut, celui-ci se résorbant et s'infectant moins facilement que le fil de soie ;

3° A laisser le moins possible de sutures perdues ;

4° A ne pas lier l'épiploon en masse mais en chaînes, ce procédé permettant à l'épiploon de s'étaler, après réintégration dans l'abdomen (Le Dentu). Ce procédé aurait de plus l'avantage de donner plusieurs petits moignons

épiploïques au lieu d'un seul gros, qui s'infecterait plus facilement ;

5° A éviter les résections épiploïques trop étendues, si elles ne sont pas indispensables. D'après Déjardin et Morestin, la résection épiploïque n'est pas souvent nécessaire, mais elle est fréquemment dangereuse ;

6° Il ne faut pas non plus tomber d'un excès dans l'autre et, si l'épiploon présente des lésions inflammatoires, il est tout à fait nécessaire de faire une résection large. Walther insiste d'ailleurs tout particulièrement sur ce point : « Je vous apporte cette pièce d'épiploïte pour insister une fois de plus sur la nécessité de vérifier l'état de l'épiploon et de le réséquer en totalité lorsqu'il présente ces altérations... Il est nécessaire de vérifier l'état de l'épiploon quand on enlève l'appendice alors même qu'il n'est adhérent, ni à celui-ci ni au cœcum, et je crois qu'il faut réséquer tout l'épiploon au ras du colon quand on le trouve atteint d'une inflammation aiguë ou chronique ».

Enfin, avant de passer au traitement curatif, citons l'artifice opératoire imaginé par le Docteur Broun pour éviter les adhérences épiploïques possibles après ses interventions abdominales : « J'ai adopté une pratique uniforme pour toutes ces opérations ; je fais placer le malade en position de Trendelenburg et je leur donne un lavement à garder d'un demi-litre de solution saline ». D'après lui, cet artifice agirait mécaniquement et, en fixant par son propre poids le colon transverse dans sa position normale, empêcherait les adhérences. Ce traitement prophylactique nous paraît un peu étrange, et nous ne comprenons pas bien son efficacité.

Le traitement médical des épiploïtes post-opératoires peut être, suivant les cas : médical ou chirurgical.

Dans les formes congestives simples, le traitement

médical amène le plus souvent la résolution en un temps variable de un à trois mois. Il consiste en application de glace sur l'abdomen, lavements ordinaires ou électriques si la constipation est opiniâtre, et opium, morphine ou chloral si les douleurs sont exagérées. Nous avons pu relever 13 cas d'épiploïtes où ce traitement a amené la guérison (19 %).

Mais le traitement chirurgical est le traitement de choix, qu'il s'agisse d'une forme suppurée ou d'une forme adhérente (32 cas de guérisons sur 68 observations).

Quand on a affaire à une forme suppurée, il ne faut pas s'attarder au traitement médical; seule l'intervention pratiquée à temps est susceptible d'amener la guérison, et toute hésitation ou tout retard peut être la cause de graves complications. On fait une laparotomie, puis on résèque le noyau épiploïque si celui-ci n'est pas trop volumineux; au contraire, si on se trouve en présence d'un abcès énorme avec adhérences, l'ouverture de ce foyer est seule possible. Le drainage et la recherche des fils causant l'infection aboutissent en général à une guérison plus ou moins rapide.

Si l'on se trouve en présence d'un noyau d'épiploïte fibreuse ou fibro-graisseuse, l'excision est encore indiquée, mais les ligatures doivent toujours être faites en tissu sain sous peine de voir l'affection récidiver.

Enfin, si l'on a affaire à des complications, il convient d'en traiter la cause; dans le cas de complication infectieuse, de fistule par exemple, il faut tout mettre en œuvre pour tarir la suppuration qui en est la cause: dilatation de la fistule et extirpation des fils.

Si, au contraire, il s'agit de complication mécanique par adhérences ou par englobement d'une anse intestinale dans le gâteau épiploïque, les adhérences doivent être sectionnées et les anses intestinales libérées grâce au traitement chirurgical.

En cas d'occlusion intestinale par bride épiploïque,

Souligoux propose de faire d'abord une fistule intestinale pour parer immédiatement aux accidents d'occlusion.

Une seule fois les phénomènes d'occlusion intestinale ont pu être enrayés par des injections de fibrolysine. C'est Teleky qui, en 1907, les a essayés une fois avec succès. Depuis, nous n'avons pu en relever aucun autre cas.

NUMÉRO	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	AGE	INTERVENTION PRÉALABLE
1	Reynier. — In Thèse Leroy (Lille, 1904-1905).	44	Cure radicale d'une hernie inguino-scrot gauche.
2	M ^{me} Günsbourg. — In Thèse Gourdou (Paris, 1903-1904).	20	Ectopie testiculaire droite et hernie inguin droite.
3	Martel. — In <i>Loire Médicale</i> (1902).	37	Cure radicale d'une hernie inguinale.
4	In Thèse Gourdou. — Paris, 1903-1904.	26	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.
5	Bœckel. — In Thèse Sauget (Paris, 1899).	7	Cure radicale d'épilocèle. L'épiploon est en masse à la soie.
6	Reynier. — Congrès de chirurgie (1895).	35	Cure radicale d'épilocèle droite. L'épiplo enflammé est réséqué, après ligature à la soie n° 5.
7	Le Dentu. — Clinique chirurgic. (Paris, 1904).	20	Cure radicale d'une hernie inguino-scrot droite.
8	Monod. — In Thèse Leroy (Lille, 1904-1905).	29	Cure radicale de hernie inguinale droite ancienne.
9	Latis. — In Thèse Gourdon (1903-1904).	39	Cure radicale de hernie inguinale gauche. L'épiploon est infiltré; on en résèque une partie.
40	Morestin. — In <i>Gaz. des Hôpit.</i> (Paris, 1900).	?	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.
41	Guinard. — In <i>Bulletin de la Société de Chir.</i> (Paris, 1899).	?	Cure radicale d'une volumineuse hernie inguinale gauche.
42	Morestin. — In Thèse Sauget (Paris, 1899).	35	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.
43	Le Dentu. — In <i>Clinique Chirurgicale</i> (Paris, 1904).	31	Castration unilatérale et cure radicale de hernie épiploïque droite.
44	Lucas-Championnière. — In Thèse Roche (Montpellier, 1896-1897).	20	Cure radicale de hernie inguinale droite.
45	Bœckel. — In <i>Revue de Gynécol.</i> (Paris, 1897).	50	Cure radicale d'une volumineuse hernie inguinale.
46	Dubar. — In Thèse Leroy (Lille, 1904-1905).	30	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.
47	Lambret. — In Thèse Leroy (Lille, 1904-1905).	?	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.
48	Morestin. — In <i>Bull. Soc. Anat.</i> (Paris, 1899).	? jeune h.	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.
49	Bœckel. — In Thèse Sauget (Paris, 1899).	34	Cure radicale d'une entéro-épilocèle.
20	Guinard. — In <i>Bull. Soc. Chir.</i> (Paris, 1900).	?	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.
21	Bœckel. — In Thèse Sauget (Paris, 1899).	23	Cure radicale d'une hernie épiploïque.
22	Vanverts. — In Thèse Leroy (Lille, 1904-1905).	56	Cure radicale d'une hernie inguino-scrot étranglée. Résection de l'épiploon, ligature à la soie.
23	Monod. — In Thèse Roche (Montpellier, 1896-1897).	30	Cure radicale d'une hernie inguinale droite. Résection d'une masse d'épiploon après ligature à la soie.
24	Guinard. — In Thèse Leroy (Lille, 1904-1905).	32	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche volumineuse.
25	Guinard. — In Thèse Leroy (Lille, 1904-1905).	27	Cure radicale d'une épilocèle gauche. Résection de la masse épiploïque sous fil de soie noué en chaîne.
26	Morestin. — In Thèse Sauget (Paris, 1899).	22	Cure radicale de hernie inguinale double. Résection d'épiploon après ligature en chaîne au catgut. A droite : pas d'épiploon.
27	Schnitzler. — In <i>Weiner Klinische Rundschau</i> (Berlin, 1900).	44	Cure radicale d'une hernie inguinale droite congénitale.

TEMPS ÉCOULÉ de l'intervention et l'apparition premiers symptômes	CAUSE apparente de la suppuration	TRAITEMENT	TERMINAISON
Deux mois.	Fils de soie.	Incision. Drainage.	Guérison.
Cinq jours.	»	Repos. Glace sur le ventre.	Guérison.
Trois mois.	»	Résection d'une portion étendue de l'épi- ploon.	Guérison.
Un mois.	»	Incision de la tuméfaction. Drainage.	Guérison.
Un mois.	»	Repos.	Guérison.
Un mois.	Fils de soie.	La tuméfaction est entourée de ligatures au catgut, puis réséquée.	Guérison.
Un mois.	»	Incision, évacuation de 400 grammes de pus.	Guérison.
Six semaines.	»	Incision, évacuation d'un flot de pus.	Guérison.
Trois semaines.	»	Incision. Drainage.	Guérison.
Un mois.	»	Repos. (Intervention ?)	?
quelques semaines.	Un paquet de fils de soie.	Incision. Évacuation d'un liquide huileux.	Guérison.
Trois semaines.	»	Repos.	Guérison.
is après, crise qui ne dure pas. mois plus tard, tuméfaction.	Débris de catgut ?	Incision. Drainage.	Guérison.
Quatorze jours.	»	Incision. Drainage.	Guérison.
ation d'un fil trois mois plus Trois ans après, épiloite.	»	Repos. Iodure de potassium. Frictions iodu- rées.	Guérison.
Six semaines.	»	Repos. Puis incision et drainage.	Guérison.
Trois semaines.	Fils de soie.	Extirpation de la tuméfaction.	Guérison.
Un an.	Fils de soie.	Incision d'un petit abcès.	Guérison.
Trois mois.	»	Repos. Glace sur le ventre.	Guérison.
Un mois.	Fils de soie.	Incision. Évacuation de pus.	Guérison.
Un mois.	»	Glace à l'extérieur. Opium à l'intérieur.	Guérison.
Treize jours.	»	Repos.	Guérison.
Vingt jours.	Fils de soie.	Incision. Extirpation d'un fil de soie. Drai- nage. Pansements iodoformés.	Guérison.
Quinze jours.	Fils de soie.	Incision. Drainage.	Guérison.
Quatorze jours.	Fils de soie.	Incision. Évacuation d'un peu de pus. Extir- pation d'un fil de soie.	Guérison.
Quatorze jours.	»	Expectation.	Guérison probable ?
Cinq semaines.	»	Repos. Compresses chaudes sur la région malade.	Guérison.

NUMÉRO	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	AGE	INTERVENTION PRÉALABLE
28	Bergasse. — In <i>Bull. Soc de Méd. et Chir. de la Drôme</i> (1904).	24	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.
29	Hollander. — In <i>Deut. medizinische Wochenschrift</i> (1913).	40	Cure radicale d'une hernie épiploïque droite.
30	Gourdou. — Thèse de Paris (1904).	39	Cure radicale d'une hernie inguinale droite. Résection de 450 grammes d'épiploon.
31	Reynier. — Thèse de Paris (1899).	?	Cure radicale d'une hernie inguino-scrotale (entéro-épiplocèle). L'épiploon est refoulé.
32	Forgue. — In Thèse Roche (Montpellier, 1896).	26	Cure radicale d'une hernie inguinale droite.
33	Mencières. — In <i>Gazette hebdomadaire</i> (Paris, 1876).	23	Cure radicale d'une hernie inguinale droite.
34	Forgue. — In Thèse Roche (Montpellier, 1896).	36	Cure radicale d'une hernie inguinale droite.
35	Forgue. — In Thèse Roche (Montpellier, 1896).	20	Cure radicale d'une entéro-épiplocèle droite. Ligature à la soie.
36	Tuffier. — <i>Semaine Médicale</i> (1899).	?	Cure radicale d'une énorme hernie inguinale droite. Résection d'une grosse partie d'épiploon après ligature à la soie.
37	Guinard. — In Thèse Leroy.	?	Cure radicale d'une hernie gauche.
38	Reclus. — In <i>Semaine Médicale</i> (1899).	?	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.
39	Berger. — In <i>Semaine Médicale</i> (1899).	?	Cure radicale d'une hernie.
40	Schnitzler. — In <i>Wein. Klin. Rundsch</i> (1900).	?	Cure radicale d'une hernie inguinale droite.
41	Weiting-Risa. — <i>Zentralbl. Chirurgie</i> (1904).	25	Cure radicale d'une hernie.
42	Reitter. — In <i>Weiner Kl. Rundsch</i> (1907).	?	Cure radicale d'une hernie.
43	Schnitzler. — In <i>Weiner Kl. Rundsch</i> (1900).	50	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche étranglée.
44	Morestin. — In <i>Bulletin Société Anatomique</i> (Paris, 1899).	?	?
45	Inédite. Prise dans le Service de M. le Prof. Guyot (Bordeaux, 1924).	32	Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.

Épiploïtes post-opératoires ayant évolué

46	Morestin. — In <i>Bulletin Société Anatomique</i> (Paris, 1899).	69	Intervention pour deux hernies étranglées : l'une crurale gauche, l'autre ombilicale ; cette dernière très difficile.
47	Schnitzler. — In <i>Weiner Klin. Rundsch</i> (1900).	55	Cure radicale d'une grosse épiplocèle ancienne ombilicale. Extirpation de l'ombilic.
48	Marchand. — In Thèse Reynier.	40	Ovariectomie.
49	Le Dentu. — In <i>Clinique Chirurgicale</i> (Paris, 1904.)	50	Cure radicale d'une hernie ombilicale.
50	Vanverts. — In Thèse Leroy (Lille, 1904-1905).	37	Cure radicale d'une hernie ombilicale étranglée.

TEMPS ÉCOULÉ entre l'intervention et l'apparition des premiers symptômes	CAUSE apparente de la suppuration	TRAITEMENT	TERMINAISON
Quatorze jours.	Fils de soie.	Incision de l'abcès. Drainage. Injection de sérum. Lavage de la cavité à l'eau oxygénée.	Guérison.
Deux mois.	Fils de soie.	Incisions à plusieurs reprises; à la troisième extirpation d'un fil de soie.	Guérison.
Six semaines.	"	Repos. Glace sur la région malade.	Guérison.
Deux mois.	Fils de soie.	Incision. Drainage.	Guérison.
Un mois.	Fils de soie.	Incision. Extirpation d'un fil de soie.	Guérison.
Trois semaines.	"	Incision. Drainage.	Guérison.
Huit jours.	"	Frictions mercurielles. Boissons glacées. Cataplasmes. Puis incision.	Il restait une petite fistule au moment de l'observation
Dix jours.	"	Laparotomie. Évacuation d'une collection de sang et de pus.	Guérison probable
Huit jours.	"	?	Guérison.
?	"	Repos. Expectation.	Guérison.
Quelque temps ?	"	"	Guérison spontanée.
Quelques jours.	"	?	?
Quelque temps ?	"	Repos au lit. Cataplasmes.	Guérison.
Quatre mois.	"	Extirpation et résection du colon transverse.	Fatale.
Quatre semaines.	"	?	?
Six mois.	"	Élargissement d'une fistule datant de l'opération précédente. Incision d'un abcès épiploïque.	Le malade sort avec une fistule très superficielle.
?	"	Il est probable qu'on n'aura pas à intervenir.	Guérison probable
Quinze jours.	"	Repos. Glace sur l'abdomen.	Guérison.

volué sans complication (Femmes).

Quelque temps après : fistule.	Fils de soie.	Laparotomie, libération et extirpation de la masse enflammée.	Guérison.
Vingt jours.	"	Ouverture d'une fistule. Drainage.	Guérison.
tule et hémorragies quelque temps après l'intervention.	"	Résection de tout l'épiploon épaissi.	Guérison.
Six ans.	"	Glace et lavements glycélinés. Intervention refusée.	?
Un mois.	"	Incision d'abcès épiploïque. Évacuation de pus et de débris sphacelés.	Guérison.

NUMÉRO	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	AGE	INTERVENTION PRÉALABLE
Hommes.			
51	Déjardin. — In <i>Ann. de la Soc. belge de Chir.</i> (1901).	29	Cure radicale d'une hernie inguino-scro- gauche.
52	Lucas-Championnière. — In <i>Traité de la cure radicale des Hernies</i> (1892).	24	Cure radicale pour hernie vieille de 16 a.
53	Baudet et Kendirdjy. — In Thèse Gourdou.	»	Cure radicale consécutive de deux hernies inguinales, l'une droite, l'autre gauche.
54	Monod. — In <i>Bull. Soc. Chirur.</i> (Paris, 1890).	28	Cure radicale d'une hernie inguin. gau- ché, résection d'un large morceau d'épiplo-
55	Déjardin. — In <i>Ann. de la Soc. belge de Chir.</i> (1901).	49	Cure radicale d'une hernie inguinale dro-
56	Dubar. — In Thèse Leroy (Lille, 1904-1905).	»	Cure radicale d'une hernie inguinale gau- che irréductible.
57	Teleky. — In <i>Wein-Klein. Rundsch</i> (1907).	»	Cure radicale de hernie.
58	Guinard. — In <i>Bull. Soc. Chir.</i> (Paris, 1899).	»	?
59	Forgue et Cavalie. — In Thèse Roche (Paris, 1896).	36	Cure radicale d'une hernie inguinale vi- vie de sept ans.
60	Déjardin. — In <i>Ann. de la Soc. belge de Chir.</i> (1904).	49	Cure radicale d'une hernie avec résec- tion d'épiploon.
61	Roche. — Thèse Montpellier (1896).	20	Cure radicale d'une hernie avec résec- tion d'épiploon après ligat. en chaîne à la s-
62	Reynier. — IX ^e Congrès Chirurgie.	»	Cure radicale d'une hernie; résection d' épiploon après ligature à la soie.
Femmes.			
63	Le Dentu. — In <i>Clinique chirurg.</i> (Paris, 1904).	»	Cure radicale avec résection d'épiploon.
64	Arnaud. — <i>Traité des Hernies.</i>	»	?
65	Walther. — In <i>Bull. Soc. Chir.</i> (Paris, 1905).	17	Appendicectomie.
66	Broun. — In <i>Americ. Jour. of Obst.</i> (1912).	27	Intervention pour rétroversion de l'uté-
67	Pantzer. — <i>J. of Amer. Med. Assoc.</i> (1907).	33	Hystéropesie pour rétroversion utérine.
68	Pantzer. — <i>J. of Amer. Med. Assoc.</i> (1907).	37	Ablation d'un kyste. Ovariectomie.

TEMPS ÉCoulÉ entre l'intervention et l'apparition des premiers symptômes	CAUSES apparentes de la suppuration	COMPLICATIONS	TRAITEMENT	TERMINAISON
quinze jours.	Fils de soie.	Fistule intarissable datant de cinq mois.	Dilatation du trajet fistuleux (Laminain).	Guérison.
Neuf jours.	"	Compression d'anses intestinales par un épanchement de sang.	Incision, évacuation de sang fétide.	Guérison.
quelques jours.	"	Accidents d'occlusion intestinale.	Incision — plus tard résection d'une partie du colon transverse.	Guérison.
ix semaines.	"	Crises d'occlusion intestinale.	Incision de la tuméfaction. Libération et résection de celle-ci.	Guérison.
quatre mois 1/2.	"	Occlusion intestinale.	Laparotomie. Libération d'une anse d'intestin.	Guérison.
ix semaines.	"	Occlusion intestinale.	Résection aussi étendue que possible de l'épiploon.	Fatale.
"	"	Occlusion intestinale.	Injection de fibrolysine.	Guérison.
Cinq ans.	"	Occlusion intestinale totale.	Laparotomie. Entérotomie	Fatale.
Vingt jours.	Probablement fils de soie.	Fistule intarissable, due probablement aux fils de soie.	Ouverture spontanée de l'abcès épiploïque à la peau.	Fistule persistante
"	"	Évacuation du pus par l'anus.	"	Guérison.
quinze jours.	"	Évacuation du pus par l'anus.	"	Guérison.
Deux mois.	Fils de soie.	Fistule ayant duré 6 mois.	Incision. Drainage.	Guérison après fermeture de la fistule.
Deux mois.	"	Septicémie et péritonite (abcès successifs).	Plusieurs interventions inutiles.	Fatale.
jours, après mort sans aucun symptôme épiploïque.	"	Ouverture de l'abcès épiploïque dans le bassin.	"	Fatale.
Deux ans.	"	Occlusion intestinale due à une bride épiploïque.	Résection de tout l'épiploon au ras du colon.	Guérison.
Deux ans.	"	Ptose stomacale et tiraillement du colon transverse par bride.	Libération de l'épiploon: on le suture à la paroi au-dessous de l'ombilic.	Guérison.
Deux ans.	"	Streptococcémie.	Libération de l'utérus et des ovaires, nouvelle ventrixion.	Fatale.
quelques jours.	"	400 cents petits calculs ???	Laparotomie.	Fatale.

CONCLUSIONS

- I. — Toutes les formes anatomo-pathologiques des épiploïtes peuvent s'observer dans les épiploïtes post-opératoires, les plus fréquentes cependant étant les formes suppurées (50 %) et les formes plastiques : pseudo-tumeurs.
- II. — Les épiploïtes post-opératoires peuvent être consécutives à toutes les interventions abdominales ayant intéressé l'épiploon, mais on les observe le plus souvent après les cures radicales de hernies. Nous en avons relevé 60 cas sur 68 observations, soit 76 %.
- III. — Elles ont une pathogénie complexe, mais, sont très souvent occasionnées par le défaut de stérilisation d'un fil de soie ayant servi à une suture perdue (26.5 %).
- IV. — Elles peuvent apparaître précocement ou tardivement.
- V. — Leur symptomatologie est parfois très obscure et, dans nombre de cas, l'inspection de l'abdomen révélant une cicatrice opératoire et, la notion d'une intervention préalable, établie par l'interrogatoire, permettent seuls d'orienter le diagnostic.

- VI. — Les complications les plus fréquentes sont dues aux adhérences (7 cas sur 18). Ces adhérences jouent dans l'évolution des épiploïtes post-opératoires le rôle d'une arme à double tranchant : protection du péritoine et limitation du processus inflammatoire d'une part, et menace d'occlusion intestinale ou de complication autre pour l'avenir d'autre part.
- VII. — Le pronostic est en général bénin, la terminaison fatale n'étant que de 10 % environ, celle-ci étant le plus souvent attribuable à une complication.
- VIII. — Le traitement prophylactique doit être observé dans toute intervention abdominale.
- IX. — Si le traitement médical réussit quelquefois, le traitement chirurgical est le traitement de choix.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 Mars 1924.

Le Recteur de l'Académie

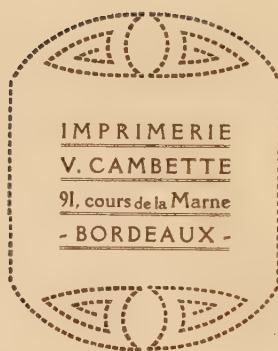
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES. — *Progrès médical*, Paris 1919, p. 393-396. — 1919, p. 465-468. — 1920, p. 125-129.
- ARMSTRONG-BOWER. — *Lancet*, 1898, p. 1616.
- BERGASSE. — *Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de la Drôme*, Valence, 1904, p. 150-153.
- BERGER. — *Semaine médicale*, 1899.
- BOECKEL. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, p. 125.
- BOGDANICK. — *Wiener. med. Rundsch.*, 1898.
- BRAQUEHAYE. — *Bulletin de l'hôpital civil français de Tunis*, 1900, p. 240-248.
- BRAUN. — *Archiv. für klin. chir.*, Bd LXIII.
- BROUN. — *American Journal of obst.*, New-York, 1912, p. 480.
- CONCATO. — *Gazz. de ospedale Milano*, 1895.
- CORNIL et CONDRAY. — *Bull. Société Anatomique*, Paris, 1906.
- CRÉCY. — *Med. Record*, 1906, p. 150.
- DÉJARDIN. — *Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*, 1901, n° 6.
- DELBET. — *Archives cliniques de médecine*, Paris, 1898.
- DOYON et PETIT-JEAN. — *Bulletin de la Société de Médecine et des Hôpitaux de Lyon*, 1906.
- EISELBERG. — *Wiener klinische Wochenschrift*, 1907, p. 234.
- GOURDOU. — Thèse de Paris, 1903-1904.
- GUINARD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie.*, Paris, 1899.
- HAMANN. — *Cleveland M. J.*, 1909, p. 759-762.
- HARTMAN. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1899.

- HARDOUIN. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1914, p. 394.
- HOCHENEGG. — *Wiener klinische Wochenschrift*, 1907, p. 234.
- HOLLANDER. — *Deutsche mediz. Wochensch.*, 1913, p. 845-847.
- LATIS. — *Gazz. degli ospedale Milano*, 1900.
- LE DENTU. — *Cliniques chirurgicales*, Paris, 1904, p. 145.
- LEDERER. — *Zentrablatt für die Grenzgebiete*, n° 1 à 2.
- LEJARS. — *Semaine médicale*, Paris, 1904.
- LENGNICK. — *Arch. für klin. chir.*, Berlin, 1918, cx, p. 184-193.
- LEROY. — Thèse de Lille, 1904-1905.
- LEWISHON. — *Surg. clin. N. Am.*, Philadelphie, 1923, p. 521-29.
- LONGO. — *Patologica chirurgica dell Omento*, Turino, 1923, E. Schioppo, p. 247.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Traité de la cure radicale des hernies*, 1892.
- MARTEL. — *Loire médicale*, 1902.
- MAUCLAIRE. — *Compte-rendu de la Société de Chirurgie de Paris*, 1906.
- MENCIÈRE. — *Gazette hebdomadaire*, 1897, p. 459.
- MONOD et VANVERTS. — *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1899.
- MONTINI. — *Gazz. degli ospedale Milano*, 1898.
- MONTUORO. — *Arch. Ital. de Gynec.*, Napoli, 1903, p. 223-245.
- MORESTIN. — *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1899, et *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1900.
- MULLER. — *Archiv. für. klin. mediz.*, Berlin, 1894.
- NEVERMANN. — *Zentralb. für Gynak.*, Leipzig, 1923, p. 1009-11.
- ORTIZ DE LA TORRE. — Congrès international de médecine. C.-R. 1903. Madrid 1904. Section de chirurgie génér.. p. 804-806.
- PANTZER. — *Journ. of the americ. med. assoc.*, 1907.
- POTHERAT. — *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1900.
- REITTER. — *Wiener klinische Runschau*, 1907.
- RECLUS. — *Discussion. Semaine médicale*, 1899, p. 63.
- REYNIER (E.). — Thèse de Paris, 1899.

- REYNIER (P.). — *Compte-Rendu du Congrès de Chirurgie de Paris, 1895*, p. 487.
- ROCHE. — *Thèse de Montpellier, 1896*.
- SAUGET. — *Thèse de Paris, 1899*.
- SALINARI. — *Gior. di med. mil.*, Roma, 1916, LXIV, p. 1-41.
- SCHMIDT. — *Bulletin de la Société Anatomique*, Paris, 1906.
- SCHNITZLER. — *Wiener klinische Rundschau* 1900, p. 4, 30, 51.
- SZERZINSKI. — *Przegl chir. Gyneck.*, Warszawa, 1909, p. 267-87.
- TELEKY. — *Wiener klinische Wochenschrift*, 1907, p. 234.
- TUFFIER. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*. Paris, 1899. — *Semaine médicale*, Paris, 1899.
- VARISCO. — *Gazz. med. Ital.*, 1913, p. 201-203.
- WALTHER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1905, p. 274-276 510-512. 1906, p. 58-60. 1910, p. 1370-1373.
- WIETING und RISA. — *Zentralblatt für chir.*, Berlin, 1904.
- WILLEMS. — *Journal de chir. et Ann. de la Soc. Belge de chir.*, 1902, p. 117-119.
- ZESAS. — *Deutsche mediz. Wochenshrif.*, Berlin, 1909.
-



IMPRIMERIE

V. CAMBETTE

91, cours de la Marne

- BORDEAUX -

